



## Global Year against musculoskeletal pain Fact Sheets

### Shoulder Pain

Ano Mundial Contra Dor Musculoesquelética

### Dor no Ombro

#### Introdução

A dor no ombro é tipicamente caracterizada por sintomas nas várias articulações, músculos, tendões e bursa, envolvidos com o movimento do ombro. O aparecimento de dor no ombro é variável e pode ocorrer sem nenhuma causa direta, ou pode estar relacionada a trauma, movimentos repetitivos, ou a um evento neurológico (ou seja, um acidente vascular cerebral). A dor no ombro, muitas vezes causa limitação de atividade de curto prazo e, menos freqüentemente se transforma em uma condição crônica.

#### Epidemiologia e Economia

A dor no ombro é superada apenas pela dor na região lombar e joelho, em termos de áreas mais comuns de dor musculoesquelética [4,5].

- Em 1 ano as taxas de prevalência de distúrbios do ombro variam de 5% a 47%[2,6].
- A prevalência total varia de 14% para 21% [4,5].
- 18% dos pagamentos de seguro de invalidez feito para dor musculoesquelética podem ser atribuídos aos pacientes com distúrbios cervicais e do ombro [3].

#### Fisiopatologia

- Múltiplos fatores podem contribuir para dor no ombro, isoladamente ou em combinação: Condições inflamatórias: Os tendões e a bursa tornam-se inflamados, muitas vezes devido ao uso excessivo ou a fatores anatômicos. Tendões do ombro também pode ser rompidos (ou seja, ruptura do manguito rotador), ou superfícies articulares podem ser danificadas por processos degenerativos (isto é, osteoartrite) ou doença auto-imune (ou seja, artrite reumatóide).

- Movimento excessivo: Cápsulas e ligamentos são maleáveis e permitem a movimentação excessiva, resultando em instabilidade do ombro. Este problema origina-se a partir de fatores congênitos (que pode causar várias formas de instabilidade) ou de traumas (que provoca uma forma específica de instabilidade). Excessivos movimentos do ombro podem resultar em subluxação ou luxação.
- Limitação de movimentos: Cápsulas e ligamentos restringem o movimento do ombro, especialmente em caso de elevação dos braços acima da cabeça ou atrás das costas. Esse problema é comum após imobilização prolongada, mas também pode ocorrer quando a articulação do ombro torna-se irritada sem nenhuma causa específica (ex., capsulite adesiva).
- Fraqueza muscular / desequilíbrio: Os músculos que movimentam a cabeça do úmero e escápula são fracos, resultando em movimento ineficiente do ombro. Este problema pode ser resultado de má postura, ou pode ocorrer em atletas que treinam muito ou de forma indevida. Fraqueza do músculo do ombro também pode ocorrer após um acidente vascular cerebral.

### **Características Clínicas**

Os sintomas específicos de dor no ombro variam consideravelmente. Quando a dor no ombro é grave, pode irradiar para outras áreas do corpo, incluindo o braço e cotovelo (mas não geralmente abaixo do cotovelo) e certas áreas do

pescoço (mas não geralmente a coluna cervical superior, ou a cabeça). Outros sintomas incluem fraqueza, movimento limitado do braço e da mão, a dificuldade em vestir-se, dificuldade em executar o trabalho mesmo em casa, e interrupção do sono [1].

A articulação do ombro compreende várias estruturas anatômicas e cada qual pode ser uma fonte de dor, tais como a articulação glenoumeral (articulação primária), a escapulotorácica (secundária), e as articulações esternoclavicular e acromioclavicular (acessórias). Grupos musculares que são fontes potenciais de dor no ombro incluem o manguito rotador (responsável pela manutenção do equilíbrio glenoumeral), estabilizadores escapulares (responsáveis pela posição da escápula) e ainda músculos responsáveis pelos movimentos de força. Finalmente, há a bursa que pode causar dor no ombro, e a mais relevante está localizada em uma área conhecida como o espaço subacromial.

### **Crítérios diagnósticos**

Uma variedade de critérios de diagnóstico são utilizados para identificar a dor no ombro, e são mais relevantes para uma determinada região anatômica. Em geral, estes critérios devem cumprir duas funções importantes. Primeiro, eles devem confirmar o ombro, como a fonte primária dos sintomas, pois a dor no ombro pode ser referida a partir do pescoço, ou mesmo de estruturas viscerais como o coração. Em segundo lugar, os critérios devem identificar as áreas anatômicas do ombro envolvidas de forma específica, para que o tratamento possa ser direcionado.

### **Diagnóstico e Tratamento**

Distúrbios do ombro são uma razão comum para as pessoas procurarem cuidados de saúde, com uma incidência anual em geral estimada em 12/1000 visitas a consultórios médicos [8]. Supondo-se que outras fontes de dor foram efetivamente excluídas, a dor no ombro não caracteriza risco de vida. Pode ser difícil de tratar, já que apenas 50% dos pacientes com novos episódios de transtorno no ombro experimentam recuperação completa aos 6 meses, e esta taxa só aumenta para 60% em 1 ano [1,7,9]. Tratamentos

comuns para doenças do ombro incluem injeções de corticosteróides, manipulação articular, fisioterapia e cirurgia, sem a vantagem óbvia de um tratamento sobre outro [1,8,9].

Tradução: Dr. João Batista Santos Garcia

#### Referências

1. Croft P, Pope D, Silman A. The clinical course of shoulder pain: prospective cohort study in primary care. Primary Care Rheumatology Society Shoulder Study Group. *BMJ* 1996;313:601-2.
2. Kuijpers T, van der Windt DA, van der Heijden GJ, Bouter LM. Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. *Pain* 2004;109:420-31.
3. Nygren A, Berglund A, von Koch M. Neck-and-shoulder pain, an increasing problem. Strategies for using insurance material to follow trends. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1995;32:107-12.
4. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003;102:167-78.
5. Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, Simmons A, Williams G. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis* 1998;57:649-55.
6. van der Heijden GJ. Shoulder disorders: a state-of-the-art review. *Baillieres Clin Rheumatol* 1999;13:287-309.
7. van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. *Br J Gen Pract* 1996;46:519-23.
8. van der Windt DA, Koes BW, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis* 1995;54:959-64.
9. Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. *BMJ* 1997;314:1320-5.